**DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA BENEFICJENTA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE BENEFICJENTA | NAZWISKO |  | IMIĘ (IMIONA) |  |
| DATA URODZENIA |  | PESEL |  |
| Stopień niepełnosprawności*(proszę zaznaczyć)* | * do lat 16
* LEKKI
 | * Umiarkowany
* Znaczny
 | Rodzaj/nazwaniepełnosprawności *(proszę zaznaczyć)* | * autyzm
* narząd słuchu
* narząd wzroku
* narząd ruchu
 | * upośledzenie umysłowe
* choroby psychiczne
 |
| DANE KONTAKTOWE RODZICA /OPIEKUNA  | ULICA NR DOMU/LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| POWIAT |  | WOJEWÓDZTWO  |  |
| TEL. KOMÓRKOWY |  | E-MAIL |  |
| PLACÓWKA OŚWIATOWA  | * PRZEDSZKOLE
 | * Szkoła podstawowa
 | * Szkoła ponadpodstawowa
 |
| NAZWA szkoły/przedszkola |  |

**PROJEKT OBEJMUJE:**

Zajęcia wspierające ukierunkowane na:

1. rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych;
2. wdrażanie do podejmowania samodzielnych wyborów;
3. podnoszenie poziomu samoakceptacji, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych;
4. pobudzanie wszechstronnego rozwoju zwłaszcza w sferze poznawczej i osobowościowej;
5. zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych.

**REALIZOWANE FORMY WSPARCIA:**

1. Integracja sensoryczna
2. Trening koncentracji i uwagi
3. Terapia zaburzeń mowy i komunikacji
4. Terapia kreatywnego ruchu
5. Trening uwagi słuchowej

Deklaruję udział mojego dziecka/podopiecznego w charakterze beneficjenta projektu współfinansowanego ze środków PFRON **„Krok w krok - działanie ukryte w zmysłach.** **EDYCJA II” - I okres finansowania**.

 ……………………………………………..…………….

 *podpis rodzica/opiekuna prawneg*